

県立こども発達支援センター行【FAX (078) 943-3830】

※申し込み期間 7月25日(木)～8月1日(木)

7月25日(木)よりも前に申し込まれた場合はお受けできません。

→ [グーグルフォームからお申し込みの場合はこちら](#)



令和6年度 第3回スキルアップ研修 申込書

●参加希望者(申込書はおひとり様につき1枚の記入をお願いします)

ふりがな		年齢
氏名		歳
職種	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭(保育・幼・小・中・特支) <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他()	
経験年数 役職など	<input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 6～10年 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 加配担当 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> その他()	
勤務先	<名称>	
	<種別> <input type="checkbox"/> 保育所(園) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他()	
連絡先 (住所)	< <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 職場 > 〒	
メールアドレス	※紛らわしい英文字、数字ははっきりと分かりやすくご記入ください。 (例: 0(ゼロ)、o(オー)、h(エイチ)、n(エヌ)、1(イチ)、l(エル)等…)	
電話番号		

(1) 今回の研修で学びたいことがあれば、ご記入ください。